

Kingdom of Saudi Arabia
King Abdulaziz University
Faculty of Dentistry
University Dental Hospital



المملكة العربية السعودية
جامعة الملك عبدالعزيز
كلية طب الأسنان
مستشفى الأسنان الجامعي

نموذج طلب بدل التميز

الرقم: _____

التاريخ: _____

الفئة: موظفي اللانحة الصحية موظفي لانحة التشغيل الطبي الذاتي فترة التميز: للعام: ١٤٥٠ - ٢٠٢٠ م

سعادة مشرف قسم شؤون الموظفين بمستشفى الاسنان الجامعي

المعلومات الشخصية:

الاسم	الرقم الوظيفي	الفئة
	رقم السجل المدني	
رقم بطاقة التسجيل المهني	تاريخ الانتهاء	ملاحظة
المستوى	الدرجة	القسم
	التخصص	

(١) عناصر بدل التميز:

(أ): الحصول على جوائز أو تكريم للتميز في الأداء من جهات معتمدة (مثل شهادات الشكر)						
اسم الجائزة / التكريم	اسم الجهة المانحة	تاريخ الحصول عليها	هل يستحق البديل	رأي اللجنة	نعم	لا
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ب): القيام بأعمال تطوعية لخدمة المجتمع في المجال الصحي (بحد أدنى ٣٠ ساعة سنوياً):						
النشاط التطوعي	اسم الجهة	تاريخ الفترة	هل يستحق البديل	رأي اللجنة	نعم	لا
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ج): تأليف كتب علمية أو تثقيفية في المجال الصحي أو المشاركة في تأليف أو ترجمة كتاب أو جزء من كتاب منشور:						
اسم الكتاب	جهة النشر	تاريخ إصدار الكتاب	هل يستحق البديل	رأي اللجنة	نعم	لا
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(د): نشر أوراق علمية في مجلة علمية محكمة من خلال المشاركة في إعداد ونشر أوراق علمية في مجالات محكمة محلية أو إقليمية أو دولية، والمشاركة بورقات عمل في الندوات والمنتديات الطبية:								
()	عدد المرات السابقة التي تم صرف بدل تميزه بموجب هذه الوثيقة							عنوان الورقة العلمية
								اسم المجلة العلمية
								رقم الصفحة / العدد
								تاريخ النشر
		لماذا	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	رأي اللجنة	هل يستحق البديل

(٢) براءة الاختراع أو الإبتكار:

الحصول على براءة اختراع جهاز طبي ، أو ابتكار تركيبية طبية علاجية أو طريقة جديدة:								
()	عدد المرات السابقة التي تم صرف بدل تميزه بموجب هذه الوثيقة							اسم الجهاز الطبي أو الابتكار
								اسم الجهة المانحة
								التاريخ
				لماذا	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم
				التاريخ / / ١٤هـ		التوقيع /		أقربان جميع المعلومات أعلاه صحيحة: الاسم /
				التاريخ / / ١٤هـ		التوقيع /		توقيع: المدير المباشر/ رئيس القسم: الاسم /

(٣) تقييم الأداء الوظيفي:

								التقييم	السنة
	لماذا	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	رأي مشرف قسم شؤون الموظفين بمستشفى الاسنان الجامعي	هل يستحق البديل		١. للعام.....
									٢. للعام.....
				التاريخ / / ١٤هـ		التوقيع /		الاسم /	توقيع المسئول عن مطابقة الأداء الوظيفي:

نسبة البديل المستحق :

<input type="checkbox"/>	١٠%
<input type="checkbox"/>	٢٠%
<input type="checkbox"/>	٣٠%

التاريخ / / ١٤هـ

التوقيع /

توقيع: مصادقة لجنة البدلات / الاسم /